（別紙様式17）

栄養改善体制に係る届出書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 異動等区分 | １新規　２変更　３終了 |
| 施設等の区分 | １　地域密着型通所介護  ２　認知症対応型通所介護 | ３　介護予防認知症対応型通所介護 | |

栄養改善体制

体制の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 氏　　名 | 常勤・非常勤の別 | 専従・兼務の別 | 本務の場所 |
| 管理栄養士 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

備考

　１　「異動等区分」「サービス種類」欄については、該当する番号に○印を付してください。

　２　資格証を添付してください。

　３　兼務の場合は、本務の場所を記入してください。

　４　地域密着型サービスと介護予防サービスで担当者が異なる場合は別様にしてください。